

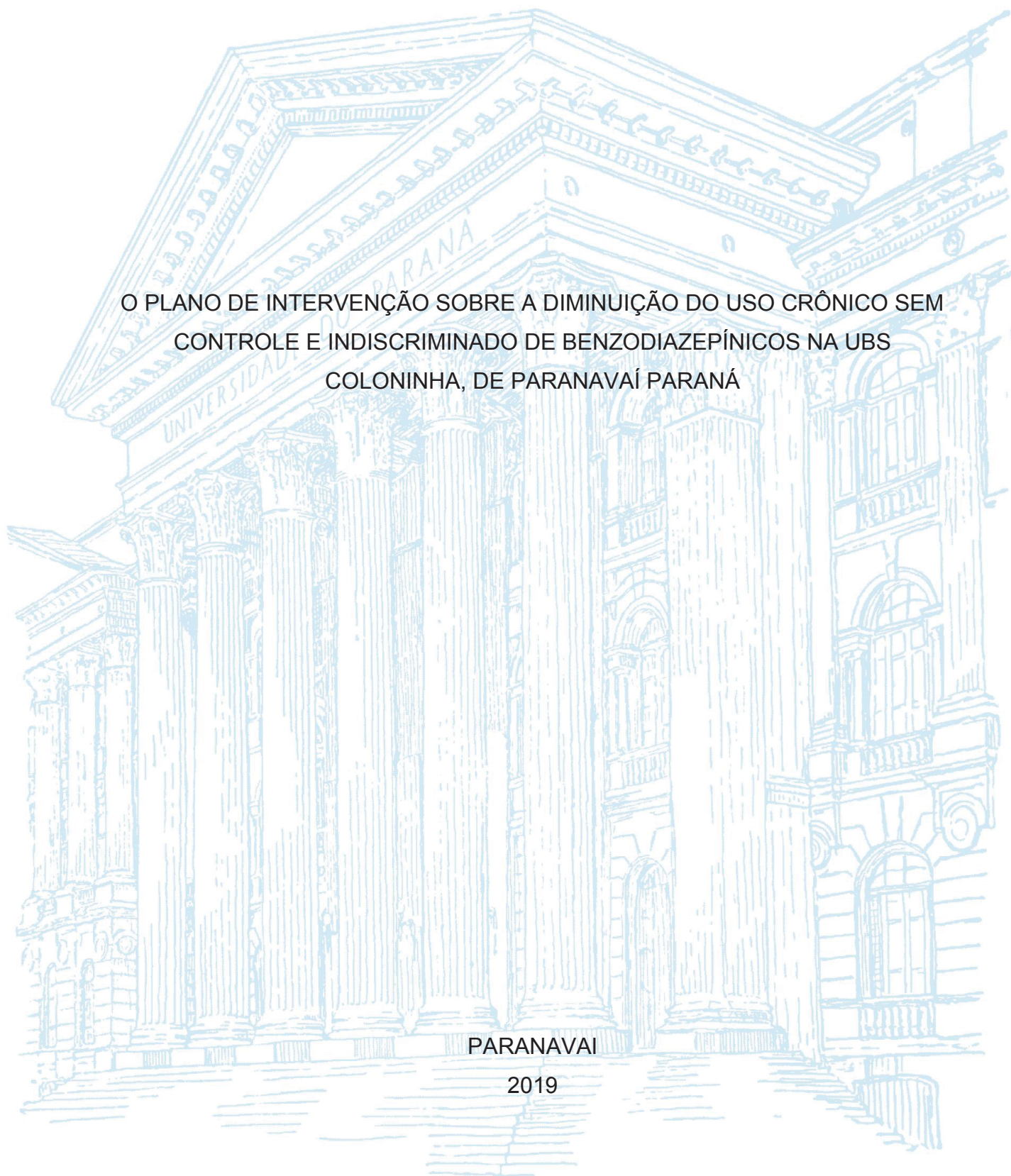
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LAION CINTRA DIAS

O PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE A DIMINUIÇÃO DO USO CRÔNICO SEM  
CONTROLE E INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UBS  
COLONINHA, DE PARANAÍ PARANÁ

PARANAVAI

2019



LAION CINTRA DIAS

O PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE A DIMINUIÇÃO DO USO CRÔNICO SEM  
CONTROLE E INDISCRIMINADO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA UBS  
COLONINHA, DE PARANAÍ PARANÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao  
Curso de Especialização em Atenção Básica,  
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal  
do Paraná, como requisito parcial à obtenção do  
título de Especialista.

Orientador: Prof. Dr. Deivisson Santos.

PARANAÍ

2019

Dedico este trabalho a minha família que me apoiou, em todas as etapas da  
minha carreira.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a equipe PSF 1 da UBS Coloninha por mesmo não concordar muitas vezes com as mudanças me apoiaram e tiveram paciência, o que me ajudou a crescer como profissional e como humano.

“CONHECER O HOMEM - ESTA É À BASE DE TODO O SUCESSO”  
CHARLES CHAPLIN.

## RESUMO

Introdução. O plano de intervenção sobre a diminuição do uso crônico sem controle de benzodiazepínicos na UBS Coloninha, de Paranavaí Paraná, resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNASUS. Objetivos; objetivo específico; diminuição do uso crônico e indiscriminado de benzodiazepínicos na unidade de saúde; objetivos gerais; não realização de renovação de receita sem consulta médica, orientação da equipe sobre efeitos adversos dos benzodiazepínicos, trabalho com a equipe para formular estratégias de desmame de benzodiazepínicos; realizar um grupo operativo para os pacientes com palestras e orientações, método o método foi inicialmente proposto de acordo com o livro de Auto Cuidado Apoiado, com ênfase nos processos de desmame gradual, e com substituição da medicação e acessibilidade de consultas agendadas inicialmente em curto prazo e depois com mais espaço de tempo, com o envolvimento dos familiares e da equipe de saúde. Resultados, em pouco tempo tivemos resultados significativos como; as não renovações de receita sem a presença do paciente em caso de paciente acamado utilizaram da visita domiciliar, e das demais consultas agendadas e também de consulta de livre demanda realizada no período da manhã, tivemos uma diminuição do uso de benzodiazepínico na UBS de aproximadamente 30 %, e conseguimos a capacitação com orientação da equipe sobre os malefícios do uso crônico de medicamentos não apenas de benzodiazepínicos. Discussão; tivemos muitos imprevistos na realização do plano de intervenção por conta da equipe estar sem participantes importantes como enfermeiro e ACS, com 3 áreas descobertas, ademais de alguns pacientes conseguirem a medicação com outros médicos. Mas interpretamos um bom avanço na realização da intervenção já que a equipe se coloca no momento a favor das mudanças realizadas e também tivemos o apoio muito importante do CAPS II de Paranavaí, que nos ajudou com o matriciamento e com a abertura de consultas de ambulatório de pacientes que apenas tem como objetivo da consulta o uso crônico de benzodiazepínicos. Considerações finais; como médico aprende como é difícil implantar novas medidas em um sistema já pré-construído, mas com a ajuda da equipe pouco a pouco conseguimos avançar com novas medidas. Não tivemos 100% de descontinuação do uso de Benzodiazepínicos, mas conseguimos não realizar novas receitas sem realizar medidas de orientação sobre como será o tratamento e sobre a importância de medidas não farmacológicas. Recomendo a realização de orientação de todos os profissionais sobre as medicações psicotrópicas e outros de uso contínuo para a melhor orientação do paciente.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde. Benzodiazepínicos.

## ABSTRACT

Introduction. The intervention plan on the decrease of chronic use without benzodiazepine control at UBS Coloninha, Paranavaí Paraná, result of the Specialization Course in Primary Care of UFPR, financed by UNA-SUS. Objectives; specific objective; decrease in the chronic and indiscriminate use of benzodiazepines in the health unit; General objectives; non-prescription renewal without medical consultation, team guidance on adverse effects of benzodiazepines, work with staff to formulate weaning strategies for benzodiazepines; to carry out an operative group for patients with lectures and guidelines, the method was initially proposed according to the Book of Self-Care Supported, with emphasis on the gradual weaning processes, and with medication substitution and accessibility of appointments initially scheduled in the short term and then with more time, with the involvement of family members and the health team. Results, in a short time we had significant results as; the non-renewal of prescription without the presence of the patient, in case of bedridden patient we used the home visit, and the other scheduled appointments and also the free-demand consultation performed in the morning, we had a decrease in the use of benzodiazepine in the UBS of approximately 30%, and we were able to train staff with guidance on the harm of chronic use of drugs not just benzodiazepines. Discussion; we had many unforeseen events in the implementation of the intervention plan because the team was without important participants such as nurse and ACS, with 3 areas discovered, in addition to some patients get medication with other doctors. But we interpreted a good advance in the implementation of the intervention since the team stands at the moment in favor of the changes made and we also had the very important support of the CAPS II of Paranavaí, who helped us with the matriciamento and with the opening of outpatient clinic visits. patients whose only objective is to consult the chronic use of benzodiazepines. Final considerations; as a doctor i learned how difficult it is to implement new measures in an already pre-built system, but with the help of the team we are able to move forward with new measures. We have not had a 100% discontinuation of Benzodiazepines, but we have managed not to make new recipes without conducting guidance on how the treatment will be and on the importance of non-pharmacological measures. I recommend conducting counseling of all professionals on psychotropic medications and others of continuous use for the best orientation of the patient.

Keywords: Primary Health Care. Benzodiazepines.

**SUMÁRIO.**

1.	INTRODUÇÃO.....	09
2.	OBJETIVOS.....	11
3.	METODOLOGIA.....	12
4.	RESULTADOS.....	18
5.	AVALIAÇÃO.....	19
6.	MATERIAIS E METODOS.....	20
7.	CONCLUSÕES.....	22
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
9.	REFERÊNCIA.....	23

## 1 INTRODUÇÃO

Primeiro gostaria de compartilhar sobre aspectos da população da UBS Coloninha de Paranaíba. A UBS Coloninha tem aproximadamente ( dados de 2010) 3664 habitantes, onde 51,36 % são mulheres, onde maiores de 65 anos são 7, 7% da população.

Esses dados são importantes porque 76% são mulheres, e os que estão acima de 65 anos com uso de benzodiazepínicos são 64,17 por cento. Os dados são coletados tendo em conta dois benzodiazepínicos, Diazepam e Clonazepam( são os dois a serem distribuídos pela farmácia municipal).

A maior parte da população esta empregada em trabalho rural, ou industrial, temos a estimativa que 73% das famílias não tem um salário mínimo por integrante. O que leva a procura exclusiva ao sistema único de saúde, para consulta medica, solicitar exames, medicamentos ou solicitar encaminhamentos.

A UBS foi inaugurada dia 30 de dezembro de 2016, e desde então a equipe passou por muitas mudanças; eu comecei a atividade dia 9 de outubro de 2017 e já haviam passado 2 médicos antes, o enfermeiro ficou apenas 7 meses depois foi redirecionado, ficamos sem enfermeiro quase 3 meses depois veio uma nova enfermeira que em 3 meses ficou de licença maternidade, e desde então trabalhamos sem enfermeiro, uma ACS foi afastada do serviço e uma infelizmente morreu, e outra passou no concurso de técnica de enfermagem e saiu do cargo de ASC, ademais já havia uma área descoberta. Foi inaugurado mais um loteamento que também estamos atendendo como se fosse da UBS.

Esses dados são importantes para identificar o quão difícil foi e esta sendo trabalhar de maneira excelente, isso falo para alertar sobre o cuidado com o paciente. Com tantas alterações nos sentimos meio perdidos, e com dificuldade em fazer reuniões ou estabelecer como será a agenda. Crescemos como profissionais e como pessoas, e tentamos fazer o melhor.

Tivemos dificuldade no acolhimento inicialmente com os pacientes que utilizavam benzodiazepínicos, e eles são bem demandantes pela tolerância e dependência física que a medicação gera. Em um momento estávamos com um grupo e depois estavam vindo cada vez menos, e muitos não entendiam a iniciativa de renovar as receitas de maneira presencial e muito menos o porque estávamos querendo retirar uma medicação que inicialmente havia trazido qualidade de vida a

essas pessoas. Fomos indagados por familiares, pela equipe e também pelos pacientes.

Logo depois de um ano começamos a nos organizar, e a realizar as atividades propostas desde o início da minha primeira abordagem na UBS, que inicialmente seria a prescrição de receita apenas com consulta médica, seja ela na UBS ou no domicílio do paciente. Com essa primeira etapa conseguimos levantar os pacientes que utilizavam de benzodiazepínicos, e começamos a levantar dados sobre os motivos que os levam a utilizar, e obtivemos que para a primeira receita a queixa inicial era depressão ou ansiedade com 70 por cento, insônia isolada com 23 por cento e o restante com outras patologias ou queixas como uso de drogas, esquizofrenia e outras.

Mas quando iniciamos a retirada gradual mais de 80 por cento relatava impossibilidade de ter uma noite tranquila de sono. Onde se começou a relatar sobre a dependência física da medicação, mesmo com uso inicial de outras medicações, e alertas sobre os hábitos para dormir, onde tivemos apoio bibliográfico da própria bula das medicações prescritas, do livro do Auto Cuidado Apoiado, e da revista Artmed, 2005, p 385, diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia .

E assim começa o grande desafio melhorar a qualidade de vida dos pacientes com medidas que inicialmente se tornaram uma grande discussão entre a equipe, e equipe com pacientes.

A Justificativa para esse trabalho começa com o mais simples, com o Código de Ética Médica onde, no Capítulo III responsabilidade profissional, é vedado ao médico, parágrafo único art. 2º Delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica. Assim que a renovação de receita médica sem a presença do paciente e com uma consulta não se poderia realizar.

No primeiro momento se identifica que a renovação de receita médica era realizada da seguinte forma; primeiro o paciente se identifica na recepção, em seguida algum profissional seja ACS, ou técnica de enfermagem refaz a receita conforme a anterior ou como esta no prontuário do paciente, e em terceiro momento apenas solicita a assinatura e o carimbo do médico.

Nesse momento começamos a impedir a renovação de receitas dessa maneira assim poderíamos levantar melhor os tipos de receita e medicações. a começar com a renovação de receitas de forma presencial me deparei com um número expressivo de receitas controladas, no consultório os pacientes me

informam mais a necessidade de dormir e a depressão a muitos anos, mas também uso para 3º, como filhos que usam drogas ou esposos que bebem muito ou roncam.

Nesse momento se realiza uma reunião com a equipe e começamos a em meio de oposição a realizar a identificação desses pacientes e formar um grupo para retirada gradual.

O trabalho tem a idéia de que o uso crônico de qualquer medicamento sem controle ou sem a devida orientação pode causar danos a saúde do paciente. Em específico os benzodiazepínicos, podem causar tolerância, e dependência física da medicação. Utilizo também da NORMA da direção-Geral da Saúde Atualizado 21/01/2015 onde diz; “ A terapêutica com benzodiazepinas ou fármacos análogos deverá ser limitada no tempo: a) No tratamento da ansiedade patológica preconiza-se uma duração máxima de 8 a 12 semanas, incluindo período de descontinuação; b) No tratamento de insônia patológica preconiza-se uma duração máxima de 4 semanas, incluindo período de descontinuação; c) Em certas situações pode prolongar-se o período máximo de utilização, tal não devendo ocorrer sem reavaliação em consulta especializada (Nível de Evidência C, Grau de Recomendação I)1,2”.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Alterar a metodologia de renovação de receitas, para presencial e apurar a quantidade de pacientes que utilização de benzodiazepínicos e o tempo de uso.

### 1.1.2 Objetivos específicos

Deixar a pratica de renovação de receita sem a consulta medica.

Orientar as equipe de saúde sobre os efeitos adversos dos benzodiazepínicos.

Estimular mudanças de hábitos em todos os pacientes que façam uso do medicamento.

Organizar um grupo operativo para discussões sobre as dificuldades e as conquistas de parar com o uso.

Estimular os pacientes se preocuparem a ir nas consultas para indagar sobre medicações alternativas, medicas de controle de medicamentos que estão fazendo uso por mais de um mês.

### 1.3 METODOLOGIA

A metodologia do trabalho esta no desenvolvimento de uma estratégia para melhorar pontos que nos primeiros meses de trabalho foram sendo identificados como renovação de receita apenas com consulta medica, identificação de pacientes que usam medicação de forma crônica, avaliação dessas prescrições, orientação em para controles, e orientação para se necessário retirada gradual de medicações sem indicação de uso crônico.

#### **Desenho da Operação.**

1º Etapa: por meio de um reunião e esclarecimento sobre normas éticas na renovação de receita com a equipe, planejamos algumas maneiras para efetuar essa atividade como disponibilizar 3 vagas de renovação todos os dias no período da manhã, mais 10 vagas em dois dias no período da tarde. Para pacientes acamados cronograma de visita domiciliar.

2º Etapa: identificar uso indiscriminado de medicamentos, nosso trabalho de intervenção tem como enfoque aos benzodiazepínicos, mas na UBS, também identificamos uso crônico de Inibidores de Prótons, como omeprazol( este por ser retirado na farmácia municipal), uso de AINES como ibuprofeno, antidepressivos. Como também receitas de medicamentos para diabetes ou hipertensão que não tinham controle, e no momento da consulta necessitavam alteração.

3º Etapa: ao identificar pacientes que usam benzodiazepínicos em forma crônica realizamos um levantamento e começamos a formar uma grupo operativo através da orientação do Dr. Marcelo Campos como a guia do livro Auto Cuidado Apoiado. Nesse momento também identificamos os motivos em que levam os pacientes a usar benzodiazepínicos.

4º Etapa: formar um plano de orientação, com o paciente e a família e pessoas da comunidade, mais a equipe de saúde, ACS e técnica de enfermagem, a maior parte do tempo não tivemos enfermeiro, mas seria importante a participação do mesmo.

Esse plano consiste em trazer a bula dos benzodiazepínicos utilizados, para demonstrar as indicações e os efeitos adversos.

Indicações; Distúrbio epiléptico. está indicado isoladamente ou como adjuvante no tratamento das crises epiléticas mioclônicas, acinéticas, ausências típicas (pequeno mal), ausências atípicas (síndrome de Lennox-Gastaut). Clonazepam está indicado como medicação de segunda linha em espasmos infantis (Síndrome de West). Em crises epiléticas clônicas (grande mal), parciais simples, parciais complexas e tônico-clônico generalizadas secundárias, clonazepam está indicado como tratamento de terceira linha. Transtornos de ansiedade Como ansiolítico em geral. • Distúrbio do pânico com ou sem agorafobia. • Fobia social. • Transtornos do humor Transtorno afetivo bipolar: tratamento da mania. • Depressão maior: como adjuvante de antidepressivos (depressão ansiosa e na fase inicial de tratamento). • Emprego em síndromes psicóticas Tratamento da acatisia. • Tratamento da síndrome das pernas inquietas Tratamento da vertigem e sintomas relacionados à perturbação do equilíbrio: como náuseas, vômitos, pré-síncope ou síncope, quedas, zumbidos, hipoacusia, hipersensibilidade a sons, hiperacusia, plenitude auricular, distúrbio da atenção auditiva, diplacusia. Tratamento da síndrome da boca ardente. ( bula clonazepam ANVISA 2019)

Dando ênfase a que não tem indicação a insônia.

Distúrbios psiquiátricos: foram observados amnésia, alucinações, histeria, libido aumentada ou diminuída, insônia, psicose, tentativa de suicídio (os efeitos sobre o comportamento podem ocorrer com maior probabilidade em pacientes com história de distúrbios psiquiátricos), ataque de ansiedade, despersonalização, disforia, labilidade emocional, distúrbio de memória, desinibição orgânica, ideias suicidas, lamentações, diminuição da concentração, inquietação, estado confusional e desorientação. Pode ocorrer depressão em pacientes tratados com clonazepam, a qual também pode estar associada à doença de base. Foram observadas as seguintes reações paradoxais: excitabilidade, irritabilidade, agressividade, agitação,

nervosismo, hostilidade, ansiedade, distúrbios do sono, pesadelos e sonhos anormais. Em casos raros, pode ocorrer perda da libido. Dependência e retirada, vide item “Abuso e dependência do medicamento”( Bula clonazepam ANVISA 2019)

Dando ênfase nos efeitos sobre distúrbios psiquiátricos.

Sobre a insônia utilizamos um artigo de tratamento da Insônia em Atenção Primária à Saúde onde temos como medidas não farmacológicas;

Quadro 1 medidas para melhorar o sono não farmacológicas.

#### Higiene do Sono

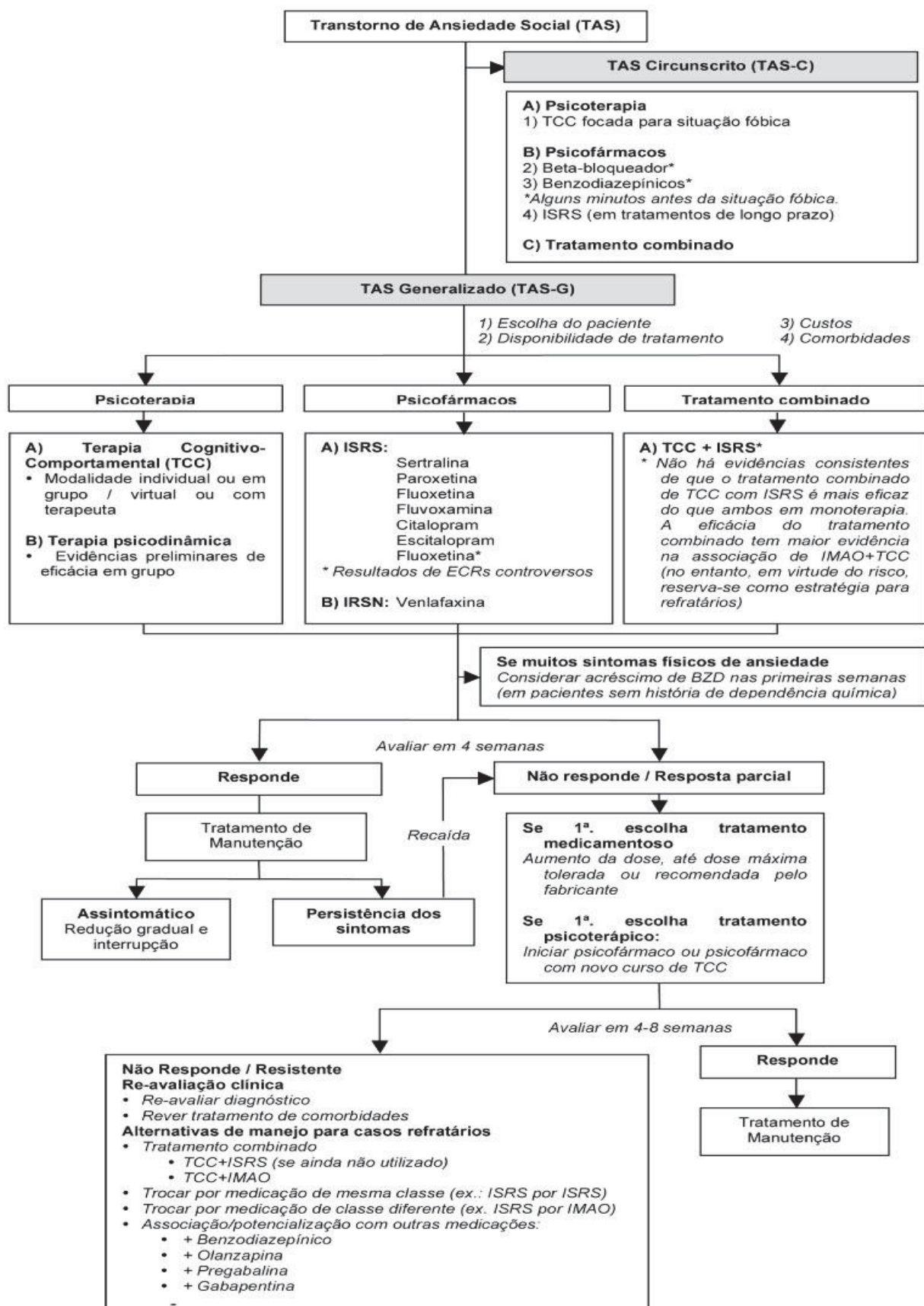
- Dormir o tempo necessário para se sentir descansado (usualmente 7-8h nos adultos) e posteriormente levantar-se da cama;
- Evitar olhar constantemente para as horas ao deitar;
- Evitar excesso de líquidos ou refeições pesadas à noite;
- Evitar cafeína, nicotina e álcool quatro a seis horas antes de ir para a cama, e minimizar o seu uso diário;
- Manter um ambiente calmo, escuro, seguro e confortável no quarto quando for se deitar;
- Evitar um ambiente ruidoso, com luz e temperatura adequada durante o sono;
- Evitar o uso prolongado de TV, tablet, computadores ou celulares antes de dormir;
- Tentar resolver as “preocupações” antes de se deitar;
- Deitar e acordar todos os dias à mesma hora ( $\pm 30$ min), incluindo fins-de-semana;
- Evitar exercício vigoroso três a quatro horas antes de se deitar;
- Evitar dormir durante o dia, especialmente se durar  $>20-30$  minutos.

Controle de Estímulo • Ir para a cama apenas quando sentir sono; • Usar a cama/quarto só para dormir e para a atividade sexual; • Não ler, comer, ver TV, fazer telefonemas na cama; • Se não conseguir adormecer em 15-20 minutos, o paciente deve levantar-se e deslocar-se para outro cômodo da casa e realizar tarefas calmas. Só deverá regressar à cama quando sentir sono. Repetir este passo todas as vezes necessárias; Colocar o despertador/alarme para despertar à mesma hora todos os dias, incluindo fim-de-semana; • Não realizar sestas durante o dia

Restrição do Sono • Determinar o tempo de sono médio do paciente a partir do diário do sono; • Utilizar este tempo médio de sono como o novo período de sono concedido em cada noite; • Definir um tempo de vigília consistente com base no tipo de insônia e necessidade do paciente; • Evitar realizar sestas durante o dia; • Se a eficiência do sono aumentar acima de 90%, aumentar o tempo na cama de 15 a 30 minutos; • Se a eficiência do sono diminuir abaixo de 85%, em seguida, reduzir o tempo na cama de 15 a 30 minutos.
Relaxamento • Relaxamento muscular progressivo • Relaxamento e tensão de diferentes grupos musculares do corpo. • Respiração profunda • Inclui respiração diafragmática. • Treino autogênico • Visualização de uma cena/imagem calma e repetição de frases que acalmem o paciente. • Meditação • Biofeedback

(quadro do artigo Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia; Marcelo T. Berlim, etc., Porto Alegre, Artemed, 2015, p.385.)

Explicar sobre o tratamento de ansiedade, a ajuda conjunta de antidepressivos e terapia. Que os benzodiazepínicos ajudam no momento da crise e no início do tratamento porque os antidepressivos costumam a fazer efeito a partir da 3 a 5 semana, mas que seu uso deve ser interrompido o quanto possível.



(Quadro retirado da revista de psiquiatria 3 de março de 2011, Diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento do transtorno de ansiedade social, vol 33. N°3. P 292 a 301.)

Também explicar que mesmo o benzo diazepínico ser um medicamento utilizado para depressão ele deve ser diminuído de doses gradualmente assim que o antidepressivo começar a fazer efeito.

**5° etapa:** nessa etapa começamos a retirar gradualmente os benzodiazepínicos, sem enfatizado as medidas não farmacológicas a serem realizadas. O importante nessa etapa é que a equipe esteja consciente das modificações, e bem orientada como agir com as demandas dos pacientes seja por dúvidas, ou por medo da não renovação da receita. Os familiares devem saber sobre o plano para ajudar a lidar melhor nesse momento em que o paciente se sente mais ansioso e com medo, o paciente tem que estar bem estimulado para se sentir mais seguro e confiante, a relação medico paciente deve ser cultivada com disponibilidade de horários flexíveis para consultas, e para novas orientações e modificação da conduta. Nessa etapa iniciamos uma parceria com o caps que através do matriciamento foi feita uma estratégia na qual pacientes muito resistentes a qualquer mudança seriam encaminhados ao caps para seguir com o tratamento, isso nos ajuda muito principalmente porque desconstrói a idéia da equipe ou da população que apenas o medico da ubs não faz a receita ou que um seja mal ou bom por fazer ou não a receita, mas que é uma medida dos profissionais da saúde para melhorar a saúde da comunidade.

**6° Etapa :** Esta etapa na verdade esta em todas, não prescrever os benzodiazepínicos sem esgotar todas as possibilidades não farmacológicas, e outros medicamentos como beta bloqueantes e antidepressivos inicialmente.e em caso seja necessário começar com o uso de benzodiazepínicos, explicar os efeitos adversos o tempo relativo de uso e as indicações, com a autorização do paciente deixar os familiares também cientes para que na hora da retirada gradual seja algo mais fácil para a família e o paciente entender o processo.

## Cronograma das atividades

Atividades	Inicio	termino
Começar as atividades na UBS e identificar atividades que podem ser modificadas	Outubro de 2017	Janeiro de 2018
Começar a renovar receita apenas com consulta medica	Dezembro de 2018	Sem prazo para terminar
Realizar orientação com CAPS	Janeiro de 2019	Sem prazo para terminar
Começar com grupo operativo de desmame de benzodiazepinicos	Abril de 2019	Julho de 2019
Manutenção dos pacientes	Abril 2019	Sem prazo para terminar

**2. RESULTADOS.**

Dentro dos resultados obtidos tivemos, que atualmente na Fase 1; propostas para modificar o atividades para melhorar o etendimento e efetuar um trabalho de prevenção e orientação na comunidade da UBS Coloninha, estamos ainda fazendo modificações, já que estamos atualmente sem enfermeiro e sem algumas ACS, e vemos também a necessidade de interromper o uso crônico e indiscriminado de outras medicações, e valorar alternativas do município a pratica de exercício físico, e uma dieta equilibrada.

.A Fase 2, onde identificamos, a renovação de receita sem consulta e sem controle, já estamos efetuando na UBS 100% das receitas presencialmente, oque para a equipe se tornou algo de menor debate, porque conseguimos adequar a agenda como atender a demanda de renovações, atualmente com a agenda programada da seguinte forma ;

	2° feira	3° feira	5° feira	6° feira
7:00- 9:00 am	Consult a demanda- espontânea	Consult a demanda- espontânea	Consult a demanda- espontânea	Consult a demanda- espontânea
9:00- 12:00 am	5 vagas de renovação de receita, e 4 vagas de retorno.	5 vagas de renovação de receita, e 4 vagas de retorno.	5 vagas de renovação de receita, e 4 vagas de retorno.	5 vagas de renovação de receita, e 4 vagas de retorno.

12:00- 13:30	almoço	almoço	almoço	almoço
13:30- 15:00	Visita domiciliar	puericult ura	Tabagis mo/ Hiperdia.	Puericul tura.
15:00- 16:30	Visita domiciliar	Renova ção de receita	Renova ção de receita	Renova ção de receita

Na consulta de demanda espontânea deixamos 12 vagas que vão diretamente consultar comigo, mais 4 vagas para triagem feita pela técnica de enfermagem , já que não possuímos enfermeiro.

Na fase 3, temos mensalmente o matriciamento com o CAPS de Paranavaí, onde discutimos alternativas sobre o desmame de pacientes com maior dificuldade na retirada da medicação, o que ajudou também com apoio do CAPS o acesso a informação para a equipe, já que também estão presentes as ACS, e a técnica de enfermagem, isso melhorou a instalação das medidas de intervenção.

Tivemos uma diminuição do uso de benzodiazepínico seja pelo desuso ou pela diminuição do uso. Sobre a descontinuação do uso temos atualmente sem utilizar o benzodiazepínico, 16 pacientes que anteriormente estavam utilizando clonazepam e 2 que estavam utilizando diazepam, que representam respectivamente 28,6 por cento. O que em um ano e meio nos resultou um resultado muito bom.

Na fase 4 incorporamos para que todos os 100% sejam orientados a ter uma higiene do sono, melhorar a quantidade de exercício físico. Isso foi e esta sendo um ponto positivo já que os que reclamam de insônia relatam em media 42 por cento jamais havia escutado sobre modificações dos hábitos de vida, e 56% não haviam escutado sobre os malefícios do uso crônico de benzodiazepínicos.

## 2.3 Avaliação

Como estamos com a equipe incompleta fazemos avaliação com reuniões de acordo com as demandas dos pacientes em relação as ACS, durante o processo de implementação da nova conduta dentro da UBS, tivemos muitos momentos em que a equipe estava desmotivada, mas com o tempo a relação da equipe começou a melhorar porque os próprios pacientes estavam relatando melhora na qualidade do sono e nas atividades diárias.

## 2.4 MATERIAL E MÉTODOS

O material foi o trabalho em conjunto da equipe do PSF 1 que atualmente é composto por um medico (eu ), e uma técnica de enfermagem, e mais 4 ACS, ademais do trabalho com a parceria da psicóloga, e o CAPS II.

Métodos foram sendo refeitos durante o período de um ano e meio, onde terminamos com:

Primeira abordagem na consulta com o propósito de renovar a receita. Nesse momento vamos orientar o paciente sobre as indicações e sobre os efeitos adversos do medicamento, tentaremos convidar uma equipe de apoio que seriam os familiares para entenderem os motivos da retirada da medicação.

Em uma segunda abordagem vamos estimular o paciente aceitar mudanças de hábitos para melhorar o sono, e em caso de depressão vamos começar com a medicação adequada. E tentaremos a retirada gradual com retornos para tirar duvidas ou notificar problemas nessa fase.

Dai em diante utilizaremos de palestras e de um grupo para o auto cuidado apoiado.

Quando um paciente solicitar medicação para ansiedade ou para depressão, abordaremos varias estratégias não farmacológicas e iniciaremos a medicação de acordo com a necessidade do caso.

### **3 Conclusão**

As conclusões do trabalho de intervenção são;

Para realizar um trabalho com ética, e boa relação medico paciente se deve ter um trabalho continuado, por isso a importância da longitudinalidade de toda a equipe, ademais de parcerias dos profissionais de toda a rede de saúde.

Por isso é importante o desenvolvimento de logaritmos de tratamento e conduta, para que todos estejamos falando a mesma língua, e tendo uma postura uniforme frente ao paciente.

Para desenvolver um trabalho de intervenção se deve estimular o conhecimento para toda a equipe, e não apenas um deter o conhecimento e apenas orientar as tarefas.

Nosso trabalho em pouco tempo, resultou em uma queda de 31,80 % de receitas azuis, com uma equipe que falta enfermeiro e mais 3 áreas descobertas.

Para os trabalhos futuros recomendo a abordagem de outros medicamentos de uso indiscriminado como omeprazol, AINES, etc.

#### **3.1 Considerações finais.**

No início achei que como medico seria fácil programar novas condutas na UBS em que estou, e deixo claro que estava totalmente enganado.

Sinto que o maior medo dentro da UBS é o paciente gritar ouvidoria, e isso trouxe maus hábitos difícil de modificar.

A população esta certa em reivindicar seus direitos e acho que com o processo da acessibilidade da ouvidoria foi um grande avanço. O maior problema esta que todos os profissionais parecem não falar a mesma língua, no sentido que as condutas éticas básicas são deixadas de lado e isso traz uma idéia de facilidade para o paciente. E quando se volta a refazer as condutas éticas como renovar receita em forma presencial, gera muito desconforto da população e da equipe.

Justo na minha equipe tivemos muitos imprevistos que terminaram dificultando o trabalho, como a falta de um enfermeiro, a falta de ACSs, menos um dia da semana no meu caso quarta, para desenvolver as propostas da intervenção. com esses imprevistos terminamos muitas vezes modificando a agenda trazendo

confusão para o paciente, e a frase que eu mais ouvia de reclamação era " toda vez que venho tem algo diferente para dificultar DR."

As comparações são inevitáveis principalmente relacionadas a outro profissional que renova receita sem a presença do paciente, a receita seja de uso contínuo ou psicotrópicos, alegando que o que realiza seja melhor e menos até a palavra infantil já aconteceu, que no caso eu que prefiro a consulta, solicitar controles, explicar sobre medidas não farmacológicas, a importância da parceria do exercício físico e da alimentação.

Mas nesses um ano e quase 10 meses tenho também aprendido a ser mais paciente, ouvir mais a equipe, e ter um pouco mais de empatia com o paciente.

No projeto de intervenção os resultados aparecem, os pacientes que deixaram maus hábitos são meus fortes aliados agora, a equipe ao visualizar resultados começa a ser mais flexível, e isso melhora para a manutenção das condutas tomadas.

## REFERÊNCIAS

1. Direção-Geral da Saúde. Tratamento Sintomático da Ansiedade e Insônia com Benzodiazepinas e Fármacos Análogos. Norma nº 055/2011 de 27/10/2011 atualizada a 21/01/2015. [citado 2016 Set 20]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0552011-de-27122011.aspx>

2. Nelson Ferreira R. Tratamento da Insonia em Atenção Primária à Saúde, Revista brasileira de medicina de família e comunidade, rio de Janeiro, 2016 jan-dez. Disponível em : <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/download/1271/820>

3. Manual Auto Cuidado Apoiado Curitiba 2012, [:www.saude.curitiba.pr.gov.br/programas/saude-adulto/autocuidado.html](http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/programas/saude-adulto/autocuidado.html)

4. Bula Clonazepam Anvisa; [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8688542015&pIdAnexo=2876451](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/frmVisualizarBula.asp?pNuTransacao=8688542015&pIdAnexo=2876451)

5. DEIVISSON V. D.S. USO DE PSICOTRÓPICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO DISTRITO SUDOESTE DE CAMPINAS E SUA RELAÇÃO COM OS ARRANJOS DA CLÍNICA AMPLIADA: “UMA PEDRA NO SAPATO” Campinas 2009.

6. CODIGO DE ÉTICA MEDICA R ESO LU Ç ÃO CFM N°22 17 DE 27/ 09/2018 . <http://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>

7. Revista Brasileira de Psiquiatria, Michelle N. Levitan; etc..vol 33. N°3. Set 2011 p 292-303

8. Marcelo T. Berlim, etc.. revista Artmed, diretrizes e logaritmo para o manejo da insônia.2005, p 385.